TRAITEMENT LOCAL DES MÉTRITES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — **THÈSE** — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LAVIALLE, *Jean-René-Gabriel*

Né le 8 Janvier 1900, à BORT (Corrèze)

Externe des Hôpitaux de Paris

Traitement local des Métrites

PAR LE

MERCURÉRYTHROSINE

Président : J.-L. FAURE, Professeur de Clinique gynécologique

COURBEVOIE

IMPRIMERIE DES FAUVELLES

156, Rue des Fauvelles, 156

1926

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	WIDAL.
Clinique des maladies des enfants	MARFAN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT. H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIERE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgic[le].
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgic[le].
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
Blanchetière	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgic[le].
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérim[le].
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic[le].
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgic[le].
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgic[le].
MONDOR	Pathologie chirurgic[le].
MOURE	Pathologie chirurgic[le].
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le Sercice des Examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
M. RETTERER.	Histologie.

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DD CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médic.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mon premier Maître en Médecine

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Professeur de Clinique gynécologique

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Hôpitaux de Tours

MM. le Professeur MEUNIER (1917-1918)
le Professeur LAPEYRE (1918-1919)

Hôpitaux de Paris

MM. le Docteur WIART (1919-1920)
le Docteur APPERT (1919-1920)
le Docteur VARIOT (1919-1920)
le Docteur RIST (externat) (1920-1921)
le Professeur J.-L. FAURE (externat) (1921-1922)
le Docteur BOIDIN (externat) (1922-1923)
le Docteur HERSCHER (externat) (1922-1923)
le Professeur OMBREDANNE (externat) (1923-1924)
le Docteur COMTE (externat) (1924-1925)
le Docteur GOUGEROT (1925-1926)

A M. le Professeur POUCHET, qui a bien voulu nous aider et nous honorer de ses conseils.

A Madame la Doctoresse POUCHET-SOUFFLAND.

A MM. les Docteurs DOUAY, MOSSÉ, LEROY.

A mon ami Maurice FREDET, interne des Hôpitaux.

A Monsieur RICHARD.

TRAITEMENT LOCAL DES MÉTRITES

PAR LE

MERCURERYTHROSINE

(*Sel de Sodium de la Diiodohydroxymercurofluorescéine*)

[C^{20} H^7 O^5 I^2 Na^2 (Hg. O H)]

PLAN

1° **Introduction et généralités.**

2° **Le Mercurérythrosine.**

a) Formule et composition.
b) Toxicité.
c) Pouvoir bactéricide.
d) Pouvoir de pénétration.
e) Tolérance des tissus.

3° **Son emploi dans le traitement des Métrites.**

a) Indications thérapeuthiques.
b) Mode d'emploi.

4° **Observations.**

5° **Conclusions.**

6° **Bibliographie**

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION ET GENERALITES

Depuis longtemps, on cherchait un antiseptique qui serait doué d'un fort pouvoir bactéricide, tout en n'altérant pas les cellules et les tissus.

On sait que les matières colorantes se fixent d'une manière élective sur les tissus organiques et sur certains microbes : leur emploi quotidien dans les examens de laboratoire en est la plus probante démonstration. De cette affinité bien connue, devait naître la recherche d'un antiseptique qui hériterait de la propriété de diffusibilité des colorants, la matière colorante elle-même ne possédant en général qu'un faible pouvoir bactéricide, mais intervenant dans la composition du produit comme véhicule d'autres substances chargées d'un rôle essentiellement antimicrobien.

On se basait sur les propriétés suivantes des matières colorantes :

a) Elles présentent un pouvoir bactéricide incontestable, susceptible toutefois de variations suivant les espèces et les races microbiennes ;

b) Elles semblent peu toxiques pour les tissus ;

c) Elles sont douées d'une diffusibilité remarquable ;

d) Elles ont un pouvoir de pénétration considérable ;

e) Elles sont éliminées très rapidement, à tel point que

certaines d'entre elles servent à mesurer la perméabilité rénale, le bleu de méthylène par exemple et la phénolsulfophtaléine.

En se basant sur ces faits, on se mit à étudier ces matières colorantes comme antiseptiques généraux d'abord, puis locaux.

C'est principalement aux Etats-Unis que commencèrent les recherches, et les premières en date sont celles qu'entreprit le docteur Hugh H. Young, en collaboration avec les autres médecins attachés au Brady Urological Institute, Baltimore Maryland (1916), particulièrement MM. Hill, White.

On commença les travaux par l'étude des composés dérivés de la phénolsulfophtaléine, et de là, le champ des recherches s'élargit. Comme résultat de cette étude, poursuivie pendant ces dix dernières années, plusieurs produits nouveaux et importants furent expérimentés. Ce sont : le Meroxyl, le Flumerin et le Mercurochrome. Cette dernière substance apparut comme étant la plus intéressante.

De la série de produits obtenus, c'est le N° 220 qui parut répondre le plus exactement aux espoirs entrevus et aux conditions exigées ; c'est pourquoi il fut appelé le Mercurochrome 220 soluble. Au point de vue chimique, c'est le sel de sodium de la dibromohydroxymercurofluorescéine ; il contient 26.6 0/0 de mercure.

Il fut primitivement employé en thérapeutique par la voie intraveineuse. Les premiers succès furent obtenus dans une septicémie à colibacille, puis une pyélonéphrite due au même microbe. En mars 1924, Young rapporte la guérison d'un phlegmon périnéphritique également à colibacille.

D'excellents résultats furent également obtenus dans le traitement des septicémies à staphylocoque. A leur tour,

la streptococcie, les complications de la scarlatine se montraient bientôt heureusement influencées par le nouveau médicament.

Par la suite, la pneumonie s'avéra sensible au traitement par le mercurochrome intraveineux.

La publication de ces cas eut pour effet de provoquer un vif mouvement d'intérêt, et on commença à utiliser le nouveau médicament dans beaucoup d'autres affections où, malgré les échecs inhérents à toute thérapeutique naissante, le Mercurochrome 220 semblait avoir de très heureux effets.

Mais c'est surtout dans les cystites et les affections génito-urinaires que le mercurochrome paraissait particulièrement précieux, et Whitmann l'employa avec succès dans le traitement des blennorragies chroniques, rebelles jusque-là à toute autre thérapeutique.

Depuis, la littérature médicale américaine s'est enrichie de beaucoup de faits relatifs au M. 220. Ceux-ci ont eu leur écho en France ; le produit fut expérimenté dans divers services des hôpitaux de Paris, en particulier dans les affections des voies génito-urinaires de l'homme, avec plus ou moins de bonheur. C'est alors que deux chimistes français, MM. Maronneau et Morel, docteurs en pharmacie, se mirent à l'étude du nouvel antiseptique, mais en lui faisant subir une modification. Dans l'espoir d'obtenir une action bactéricide plus intense, ils eurent l'idée de substituer au brome du M. 220, l'iode, métalloïde de même famille et de même valence, et d'autre part, antiseptique puissant, depuis longtemps apprécié en thérapeutique et qui a fait ses preuves. Ils obtinrent de cette façon, le sel de sodium de la diiodohydroxymercurofluorescéine ou mercurérythrosine, au lieu du sel de sodium de la dibro-

mohydroxymercurofluorescéine, ou Mercurochrome 220, produit américain.

C'est ce médicament qui fut confié à Mme Pouchet-Souffland et mis par ses soins à notre disposition pour l'expérimenter en thérapeutique. D'une manière générale, il possède les propriétés fondamentales du Mercurochrome 220 ; il en diffère toutefois par son pouvoir bactéricide plus intense, comme semblent l'avoir démontré les études comparatives faites par nous en ce qui concerne le traitement local des métrites, avantage dû à la substitution au brome de l'iode, antiseptique incontestablement plus efficace.

Munis d'un antiseptique nouveau, influencés par les succès obtenus en Amérique dans les affections gonococciques de l'appareil génito-urinaire, nous fûmes conduits à l'utiliser là où il n'avait pas été expérimenté dans les métrites, affections fréquentes, souvent dues au gonocoque, et dans lesquelles il semblait facile d'amener le médicament au contact même du microbe, grâce à ses propriétés de colorant pénétrant et diffusible. C'est donc, non pas en injections intra-veineuses, mais en applications locales, attouchements simples du col, ou instillations intra-utérines que le Mercurérythrosine fut utilisé.

Il semblait bien *à priori* que ce traitement dût trouver, dans le traitement des métrites par cette méthode directe, une de ses plus fructueuses applications. On sait, en effet, le gros intérêt qu'on a à varier les antiseptiques au cours du traitement des utérus métritiques ; nous possédions une arme neuve et une arme pleine de qualités :

a) Bactéricide puissant ;

b) Peu caustique pour la muqueuse vaginale et utérine ;

c) Très diffusible, donc susceptible d'atteindre les microbes dans les replis muqueux et les cryptes glandulaires.

d) Produit peu toxique et qui s'élimine rapidement de l'organisme.

Dans le chapitre suivant, nous allons faire une étude détaillée des propriétés du produit, en apportant des preuves expérimentales de nos dires.

Dans un autre chapitre, nous indiquerons la Posologie. Enfin, nous apporterons un certain nombre d'observations inédites de métrites diverses traitées par le Mercurérythrosine. Ces observations ont été prises par nous dans le service du Professeur J.-L. Faure, où nous avons traité nous-même les malades, ou recueillies par les soins de Mme Pouchet-Souffland et du docteur Mossé.

CHAPITRE II

A. — FORMULE ET COMPOSITION

Le Mercurérythrosine répond à la formule suivante : C^{20} H^{7} O^{6} I^{2} Na^{2} (Hg O H).

Il contient 23.6 0/0 de mercure et 30 0/0 d'iode.

Le sel se présente sous forme de cristaux irrisés, rappelant le permanganate de potasse. Il est facilement soluble dans l'eau et dans 65 parties d'alcool. Il est insoluble dans le chloroforme et l'éther. La solution aqueuse à 1/100e est d'un rouge cerise, sombre et fluorescente. Sa couleur se rapproche d'une solution également titrée de Mercurochrome 220, celle-ci tendant toutefois nettement vers le rouge orangé. La solution est stable, et bien qu'elle ne présente aucun signe apparent de précipitation, il est possible qu'à l'instar du Mercurochrome 220, elle perde au bout d'un certain temps de son pouvoir bactéricide. En tout cas, rien, au cours de notre expérimentation sur les malades, n'est venu confirmer semblable hypothèse ; plusieurs métrites ont été nettement améliorées ou guéries avec des solutions à 1/100e datant de six mois et même davantage. Autant qu'il soit permis de tirer des conclusions de cas très différents, il ne semble pas que les cures aient été moins rapides qu'avec des solutions fraîches.

B. — ETUDE DE LA TOXICITE

La toxicité du Mercurérythrosine a fait l'objet d'une étude expérimentale approfondie. Nous l'étudierons suivant que le médicament est administré : par voie intrapéritonéale ; par voie hypodermique. Puis nous adjoindrons aux résultats obtenus, et à titre comparatif, les chiffres trouvés par les Améri-

cains, dans leurs expériences sur la toxicité du Mercurochrome 220, par voie intraveineuse.

Les expériences relatées par nous (voie intrapéritonéale et voie hypodermique) ont été effectuées dans le laboratoire de M. le Professeur Pouchet, à la Faculté de Médecine de Paris, et nous en donnerons les conclusions qu'il a eu l'obligeance de bien vouloir nous communiquer.

1° *Toxicité du Mercurérythrosine intrapéritonéal.*

a) *Expérience sur le cobaye.*

La solution employée est à 1/100°. Lorsqu'on injecte au cobaye par voie intrapéritonéale 30 centigrammes par kilog d'animal, celui-ci meurt en trois heures, avec abaissement de température. A l'autopsie, on trouve de la sérosite dans le péritoine. Les reins sont fortement congestionnés. On ne distingue plus la région des pyramides.

Le sang est noir et chargé de méthémoglobine. Les poumons sont asphyxiques et rétractés.

Dans le cas particulier, il s'agissait d'un cobaye de 250 grammes, auquel on avait injecté une solution du produit à 25 0/0.

b) *Expérience sur le chien.*

On reprit la même expérience sur le chien. On injecta à l'animal une solution au même titre (25 0/0), à raison également de 0 gr. 30 par kilog. La mort survint au bout de 10 heures seulement.

2° *Toxicité du Produit administré par voie hypodermique.*

a) *Expérience sur le cobaye.*

Le poids de l'animal est de 500 grammes.

On injecte par voie hypodermique un demi-centimètre cube de solution à 25 0/0, soit 0,125 de Mercurérythrosine, soit 0,25 par kilog.

On constate bientôt un abaissement de température, des frissons.

La première journée, le cobaye présente des phases dyspnéiques. L'animal s'amaigrit, il perd 65 grammes en 48 heures.

Mais il se remet peu à peu, et il est complètement normal le cinquième jour.

On fit une autre expérience avec une solution plus diluée à 0 gr. 123 0/0. L'animal présenta les mêmes phénomènes, mais très atténués.

Avec une solution à 10 0/0, l'animal ne présente que de très légers malaises.

b) *Expériences sur le chien.*

On emploie une solution à 10 0/0 et on l'injecte à raison de 0 gr. 10 centigr. par kilog. Les phénomènes sont à peine marqués ; un peu d'anorexie et un léger abaissement de température. Au bout de 48 heures, retour à la normale.

3° *Etude à titre comparatif de la toxicité du Mercurochrome 220, administré par voie intraveineuse.*

Administré par voie intraveineuse, le Mercurochrome 220 de Young est d'une toxicité plutôt élevée.

a) *Chez le lapin.*

Une injection intraveineuse de 10 milligrammes par kilog d'animal provoque la mort en 24 heures.

Une injection de 5 milligrammes par kilog provoque une albuminurie, accompagnée d'élimination de cylindres, qui se prolonge pendant une semaine environ.

b) *Chez le chien.*

L'action du Mercurochrome 220 est moins efficace. Les chiens supportent impunément des doses de 10 milligrammes par kilog d'animal.

De tout ceci, on peut conclure que le Mercurorérythrosine est un produit en somme peu toxique à doses modérées, administré par voie intrapéritonéale et hypodermique. Des réserves sont à faire au sujet de l'administration du produit par voie intraveineuse. Si l'on considère le Mercurochrome 220 et le Mercurérythrosine comme composés similaires et superposables, il semble bien que de l'un à l'autre on puisse conclure à

une toxicité plus grande par injection dans le courant sanguin ; malheureusement des expériences précises n'ont pas été faites avec le produit qui nous intéresse.

Comme résultat pratique, on doit retenir que la toxicité est d'autant moins grande que la solution est plus diluée. Si l'on songe que les solutions injectées à l'animal étaient de 25 0/0, 20 0/0, 10 0/0, et que celles employées par nous dans le traitement des *métrites, en applications externes* (attouchements, instillations) sont seulement de 1 et 2 0/0, on ne sera pas surpris de constater que le produit n'ait jamais occasionné la moindre lésion organique ou le moindre trouble fonctionnel d'origine toxique.

C. — POUVOIR BACTERICIDE

Grâce à la combinaison Mercure et Iode, qui s'associent dans les proportions respectives de 23,6 0/0 et 30 0/0, le Mercurérythrosine est un antiseptique puissant *a priori*. Les expériences démonstratives de son pouvoir bactéricide n'ont malheureusement pas été faites en France avec le produit lui-même. Mais de celles exécutées en Amérique avec le M. 220, composé de même nature, il est facile de tirer des conclusions théoriques sans doute, mais cependant relativement précises et logiques.

Une solution de Mercurochrome 220 au 1000e tue en une minute le colibacille et le staphylocoque doré dans l'urine.

Mais ce pouvoir bactéricide est surtout marqué vis-à-vis du gonocoque.

Si, dans un tableau comparatif, nous envisageons le pouvoir bactéricide du Mercurochrome 220 vis-à-vis du gonocoque, et celui des autres produits employés ordinairement dans le traitement des métrites, nous sommes frappés de sa supériorité, supériorité plus manifeste encore, en comparant le titre des solutions auquel les différents médicaments usuels sont employés dans la thérapeutique courante des métrites.

Valeur comparative du M.220 et autres Antigonococciques

MÉDICAMENTS	TITRE DES SOLUTIONS	POUVOIR BACTÉRICIDE AU BOUT DE 20 MINUTES SUR LE GONOCOQUE
Mercurochrome 220	1 : 200	1 : 16000
Permanganate de K	1 : 2000	1 : 2000
Argyrol	10 %	1 : 800
Protargol	2 %	1 : 400
Phénol	2 %	1 : 200
Sulfate de zinc	1 %	0

Nous voyons donc par ce tableau que le Mercurochrome 220 tue expérimentalement le gonocoque au bout de 20 minutes en solution à 1/16.000e. Si l'on se rappelle que les propriétés antiseptiques de l'Iode se sont avérées depuis toujours supérieures à celles du brome, c'est aussi, et à plus forte raison le pouvoir bactéricide du Mercurérythrosine. On verra, d'autre part, qu'on emploie ce produit couramment et sans danger en solution à 2 0/0 ; ce titre est donc 320 fois plus fort que celui requis expérimentalement.

D. — POUVOIR DE PENETRATION

Le Mercurérythrosine est doué d'un grand pouvoir de pénétration. Il l'emprunte à la fluorescéine, qui possède, comme toute matière colorante, un grand pouvoir de diffusibilité et qui sert de véhicule à l'iode et au mercure.

Les Américains avaient expérimenté ce pouvoir de pénétration de la fluorescéine avec le Mercurochrome 220, et leurs résultats étaient des plus intéressants.

Pour déterminer le pouvoir de pénétration du Mercurochrome 220 de Young, ils avaient fait l'expérience suivante : à l'aide d'une sonde, ils injectaient dans la vessie d'un lapin la solution à 1/100e. Ceci fait, ils retiraient lentement la sonde pour permettre à un peu de liquide de s'écouler dans l'urètre. Au

bout de cinq minutes, la sonde était introduite à nouveau et la vessie vidée. Le lapin fut sacrifié ; on préleva la vessie et l'urètre. La vessie fut ouverte et l'excès de solution enlevé sous l'eau. Des coupes de l'urètre et de la vessie furent faites immédiatement et examinées sans coloration nouvelle ; dans d'autres cas, on fixa les pièces.

D'autres fois, on injecta directement sans sonde le produit par l'urètre pour éviter de traumatiser la muqueuse.

Dans d'autres cas, sous anesthésie à l'éther, on faisait une laparotomie au lapin, on repérait les uretères, et, à l'aide d'une petite sonde, on injectait le rein et le bassinet avec une solution à 1/100e, puis on liait l'uretère. Au bout de cinq minutes, on enlevait le rein et l'uretère ; on faisait des coupes extemporanées fixées et incluses dans la paraffine.

L'examen des pièces, aussi bien extemporanées que celles qui avaient été fixées, montrait que les cellules épithéliales de l'urètre étaient colorées en rouge foncé ; la coloration allait en diminuant vers la sous-muqueuse, mais celle-ci cependant était colorée par place. En quelques endroits même, elle pénétrait la musculeuse. De même, les coupes de la vessie et de l'urètre montraient la même uniformité de pénétration, et dans l'urètre, l'épithélium des glandes qui s'ouvrent dans le canal était coloré jusqu'à une certaine profondeur.

Dans le service du professeur Jean-Louis Faure, nous avons à notre tour, à l'aide d'une solution à 1/100e de Mercurérythrosine, exécuté une expérience plus intéressante, en ce qui concerne le but thérapeutique poursuivi par nous. En effet, le degré de pénétration de l'antiseptique a été étudié sur la muqueuse utérine elle-même.

Voici le procédé qui fut utilisé. Chez une malade du service, atteinte de salpingo-ovarite, nous avons pratiqué, une demi-heure avant l'intervention chirurgicale, une instillation intra-utérine de 1 centimètre cube de la solution à 1/100e, suivant la technique habituelle.

Après l'hystérectomie subtotale, pratiquée par M. Leroy, chef de clinique, l'utérus fut recueilli. La paroi antérieure fut

sectionnée sur toute la hauteur, dans le sens sagittal, jusqu'à l'intérieur de la cavité centrale. Microscopiquement, la muqueuse était fortement teintée de rouge vif par l'antiseptique.

La pièce fut ensuite envoyée dans les laboratoires de l'hôpital Broca, pour préciser les deux points suivants :

Degré de pénétration de la solution dans les tissus ;

Modifications ou non modifications de structure de la muqueuse utérine.

Sur les deux points, les réponses furent catégoriques :

a) L'examen des pièces fixées montra des cellules épithéliales nettement colorées en rouge, un épithélium glandulaire uniformément imprégné ;

b) La structure de la muqueuse, étudiée sur plusieurs coupes, passant à différentes hauteurs, n'avait subi aucune altération.

E. — TOLERANCE DES TISSUS

Malgré sa teneur très chargée en mercure (23,6 %), le Mercurorérythrosine n'irrite nullement les tissus sur lesquels on l'applique. C'est qu'ici, en effet, le mercure est intimement combiné à un composé organique, la matière colorante acide. Les ions ne sont pas à l'état libre ; le mercure est à l'état de molécule inhérente à la substance colorante. Cette combinaison présente un intérêt pratique évident : elle diminue considérablement la causticité du mercure, qui rend si irritantes, on le sait, les solutions de bichlorure et de cyanure, par exemple, où la molécule de Hg se trouve à l'état libre.

A ce sujet, du reste, les Américains avaient fait des études très intéressantes à l'aide de leur produit bromé.

Ils avaient injecté dans le cul de sac conjonctival du lapin quelques gouttes de la solution à 1/100e, sans produire la moindre marque d'irritation.

Chez l'homme une solution à 1/100e a été administrée dans l'urètre. Quatre fois par jour la solution était gardée 5 minutes. Il s'agissait d'un malade atteint d'urétrite aigüe blennor-

ragique. Il n'y a jamais eu de phénomènes d'irritation, sauf une cuisson temporaire fortuite et légère.

Outre ces petites brûlures passagères et insignifiantes, dans la littérature américaine on ne trouve que deux cas d'irritation : le premier chez un homme atteint d'adénome de la prostate envahissant la vessie, et chez l'autre un prostatique dont l'état général contre-indiquait la prostatectomie.

Le fait que ces phénomènes d'intolérance ont été si rarement constatés montre qu'ils sont dus davantage à une question d'irritabilité personnelle qu'à une propriété particulière du médicament.

Ce qui est également intéressant à noter, c'est que le produit américain employé dans le traitement des urétrites n'a jamais donné de rétrécissement de l'urètre. Il est donc vraisemblable que le Mercurérythrosine ne provoquera aucune réaction sclérosante du col utérin, aucune sténose. Pour qui envisage avec crainte les dystocies par sténose fibreuse du col, chez certaines malades traitées pour métrite à l'aide des divers caustiques usuels, on comprend combien serait rassurante et encourageante la thérapeutique par notre produit, qui laisserait au col utérin sa souplesse et son élasticité au moment de l'accouchement.

Nous n'avons malheureusement pas, parmi nos observations, des malades qui aient accouché. A la suite du traitement deux sont devenues enceintes, et dans une prochaine communication nous espérons démontrer, à leur sujet, que l'emploi de l'antiseptique reste sans action sclérosante sur le col de l'utérus.

En tout cas un fait est incontestable : les solutions à 1/100e ou à 2/100e ne provoquent pas de lésions irritatives appréciables sur les muqueuses génitales de la femme. Qu'il s'agisse d'attouchements simples du col ou d'instillations intra-cervicales, les malades n'accusent aucune cuisson immédiate ou tardive et, d'autre part, au bout de plusieurs applications, la muqueuse du museau de tanche reste lisse, rosée, d'aspect normal aux endroits où elle était saine.

Cette tolérance parfaite des muqueuses a, du reste, été plus facilement et plus directement observée au cours de vulvo-vaginites chez des petites filles de 4 à 5 ans, à qui on faisait des badigeonnages avec la solution à 1/100e tous les jours. Les applications restaient indolores et les muqueuses génitales ne présentaient pas de lésions attribuables au médicament.

Avant de terminer ce chapitre, il convient de signaler les inconvénients constatés à trois reprises différentes (Mme Pouchet, 2 fois. Service de l'hôpital Broca 1 fois) dûs à l'emploi de pansements vaginaux à l'huile goménolée à la suite d'instillations et d'attouchements. Des compresses imbibées d'huile goménolée avaient été placées contre le museau de tanche dans le but de lénifier ; dans les trois cas, les malades sont revenues deux jours plus tard, se plaignant d'avoir souffert, pendant les heures consécutives au pansement, de fortes brûlures et de coliques. A l'examen, la muqueuse cervicale et du vagin, congestionnée, semblait plus rouge qu'à l'ordinaire.

CHAPITRE III

EMPLOI LOCAL DU MERCURERYTHROSINE DANS LE TRAITEMENT DES METRITES

1° *Indications thérapeutiques.*

Le Mercurérythrosine a été employé avec succès dans toutes les formes de métrite, qu'il s'agisse de métrite du col ou du corps, de métrites aigües, suraigües, chroniques.

Pour notre part nous avons obtenu de très heureux effets : améliorations notables, guérisons complètes et durables. Les métrites banales, post-abortum, puerpérales, post-partum, sont pleinement justifiables d'un pareil traitement. Mais c'est surtout la métrite gonococcique, affection pourtant tenace et rebelle, qui paraît être le plus favorablement influencée, comme il est possible de le voir en lisant les observations de malades chez lesquelles l'examen des pertes blanches avait décelé de nombreux gonocoques.

La leucorrhée, qui est le symptôme le plus constant, ne tarde pas à se modifier, là où elle est particulièrement abondante. Les pertes blanches diminuent rapidement d'intensité. Elles changent en même temps d'aspect.

Avant le traitement, épaisses, jaunâtres ou verdâtres, empesant le linge, elles perdent petit à petit leur viscosité, se fluidifient, deviennent glaireuses. C'est un phénomène constant que nous avons constaté chez toutes les malades du service au bout de quatre ou cinq applications.

La diminution de l'écoulement muco-purulent entraîne la disparition de cette humidité persistante à la face interne des cuisses, qui cause de l'erythème, des excoriations, et qui constitue une des manifestations les plus pénibles de la maladie.

Douleurs. — Parallèlement s'atténuent les douleurs lombaires et sacro-coccygiennes, les pesanteurs et tiraillements dans le bas-ventre, les irradiations douloureuses dans les cuisses qui rendent parfois la marche si pénible.

Métrorragies. — L'emploi de la solution à 1/100e a généralement été couronné de succès dans les formes de métrite, accompagnées de métrorragies. Au cours de quatre traitements nous avons obtenu la cessation complète de celles-ci, les malades ont retrouvé des règles normales, indolores et dans l'intervalle desquelles aucun écoulement sanglant n'est apparu. A ces observations il faut ajouter celle d'une métrite hémorragique, qu'on lira dans le chapitre spécial. Les métrorragies étaient le symptôme capital ; abondantes et de longue durée elles faisaient dire à la malade qu'elle avait deux fois ses règles chaque mois. Elles ont complètement disparu après huit instillations intra-cervicales de solution à 1/100e pratiquées du 11 décembre 1925 au 25 janvier 1926.

La malade, revue le 14 février, ne présente plus de pertes de sang.

Par l'examen au spéculum on suit l'amélioration des lésions.

Les glaires qu'on voyait sourdre par l'orifice externe du col disparaissent.

Si le col du barillet était distendu par les secrétions, il ne tarde pas à reprendre sa forme et son volume normal.

La muqueuse, qui était épaissie, irritée, rouge ou violacée, et parfois en *ectropion* au pourtour de l'orifice cervical, retrouve généralement, vers la septième ou huitième application, un aspect moins enflammé et une coloration rosée.

Enfin, les ulcérations, dont la présence est si fréquente sur le museau de tanche, au pourtour de l'orifice, évoluent vers la cicatrisation. Leur disparition complète est sans doute plus tardive que la cessation des pertes, mais celles-ci une fois ta-

ries, on obtient la cicatrisation totale avec des applications supplémentaires, instillations ou attouchements. De ces résultats favorables, il n'est pas superflu de rapprocher ceux qui furent obtenus presqu'à coup sûr par badigeonnage dans le traitement des vulvo-vaginites à gonocoque chez des fillettes, et dont nous citerons ultérieurement quelques observations.

MODE D'EMPLOI

Primitivement, la solution employée était titrée à 1/100e ; c'est avec elle que la plupart de nos malades, environ les trois quarts, furent traitées dans le service. Nous avons vu qu'à ce titre elle ne présente aucun danger de causticité, ni de toxicité.

Grâce à cette innocuité, et rendus confiants par la tolérance parfaite des malades vis-à-vis du médicament, nous utilisâmes, à partir du mois de novembre 1925, une solution titrée à 2/100e, dont un centimètre cube contient deux centigrammes de sel de sodium de la diiodoxydroxymercurofluorescéine, et par conséquent 4 milligr. 7 de mercure et 6 milligrammes d'iode.

Cette solution autostérile n'a pas besoin d'être stérilisée. Elle est de préférence conservée dans des flacons de verre colorés en brun, pour la préserver des rayons lumineux. Tel est l'antiseptique. Voici comment il est employé.

Nous avions pensé, dans les débuts de l'expérimentation, adopter une technique différente, en présence des métrites du col ou de métrites du corps. Aussi procédions-nous par des attouchements simples dans les premières, et par instillations dans les secondes. Depuis, nous avons constaté combien il est difficile d'isoler l'une de l'autre les deux formes de l'affection ; bien souvent, elles vont de pair. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, nous accordons la préférence aux instillations intra-utérines, qui sont devenues notre méthode courante.

a) *Technique de l'attouchement.* — Elle est des plus simples et ne diffère en rien des pansements gynécologiques ordinaires.

La malade est mise en position gynécologique. On fait une toilette vulvaire sommaire, et l'on introduit le spéculum.

On examine l'état du col, et l'on pratique, s'il y a lieu, un nettoyage vaginal, à l'aide d'une injection d'eau bouillie.

A l'aide d'une pince à pansement stérile, et de petites compresses, on débarrasse le col des mucosités qui le recouvrent. Puis l'on introduit un tampon de gaze imbibé de solution à 1 ou 2 0/0 ; par-dessus, on place un deuxième tampon sec. Le pansement est retiré par la malade elle-même au bout de 24 heures.

Tous les deux jours, on renouvelle l'attouchement. Dans les jours d'intervalle, rien n'empêche les malades de prendre des injections hygiéniques d'eau bouillie, ou additionnée des antiseptiques vaginaux usuels.

L'attouchement ainsi pratiqué est une opération d'une bénignité absolue, indolore, et parfaitement tolérée par toutes les malades.

b) *Technique des instillations.* — L'instillation est évidemment d'une technique plus délicate, quoique pratiquement sans danger et à la portée de tous.

Nous nous servons d'une sonde de très petit calibre, la canule de Braun, qui n'a aucune difficulté à franchir des orifices plus ou moins entr'ouverts, voire déchiquetés et béants, ceux que l'on rencontre généralement sur des utérus métritiques. Il en résulte un premier avantage : inutilité de dilatation préalable.

Le principal inconvénient théorique réside dans le fait même de porter au sein de la cavité utérine des corps étrangers, sonde métallique et liquide antiseptique. On sait, en effet, que cette introduction, quelle qu'elle soit, a pour résultat de provoquer des contractions de l'utérus, accompagnées de coliques plus ou moins douloureuses, et de phénomènes d'ordre réflexe, vertiges, tendances à l'évanouissement, syncopes, etc. Ce sont là des phénomènes pratiquement sans gravité. Il n'en est pas de même, malheureusement, d'un autre

accident, celui-ci d'origine différente, nous voulons parler de la mort subite ou rapide, consécutive à la pénétration dans le péritoine, au travers des trompes, d'un liquide antiseptique, plus ou moins corrosif, sous l'impulsion de la seringue. Le fait a été signalé à plusieurs reprises, notamment sous l'action du chlorure de zinc. Diverses expériences, du reste : insufflation d'air contre la stérilité, injections de lipiodol, ont amplement démontré la perméabilité des trompes et la possibilité d'amener du liquide au contact du péritoine.

Nous nous empresserons d'ajouter, pour notre part, qu'au cours d'une année entière de traitement, nous n'avons eu à déplorer aucun accident grave. Sans doute, à plusieurs reprises, et principalement dans la demi-heure consécutive à la première instillation, certains malades ont souffert de coliques fugaces. D'autres fois, dans cinq observations notamment, nous avons constaté les phénomènes d'ordre réflexe signalés plus haut, dont deux syncopes survenues de 5 à 15 minutes après le pansement, mais en aucun moment ces complications n'ont pris un caractère inquiétant et dramatique. Il a suffi de faire étendre les malades pendant quelques instants sur un lit ; les troubles ont rapidement cessé et les femmes ont regagné leur domicile sans aide. Interrogées à la consultation suivante, elles ont été déclaré n'avoir ressenti aucune suite grave de leur malaise.

En tout cas, il reste évident que ces incidents ne sont pas imputables à la nature du liquide antiseptique employé par nous ; ils ont été maintes fois constatés au cours d'instillations intra-utérines d'autres antiseptiques ; ils sont l'inconvénient d'une méthode en général et non d'un produit en particulier.

Pour pratiquer l'instillation, il suffit d'une instrumentation sommaire : une canule intra-utérine de Braun, de petit calibre, en nickel ou en argent de préférence, une seringue en verre de cinq centimètres cubes, type Luer, sur laquelle on adapte la sonde et, si l'on veut, au début du traitement, un hystéromètre.

Les préparatifs et soins préalables sont ceux d'un attouchement simple.

Le col, une fois nettoyé, on mesure, si on le juge utile, la hauteur de la cavité utérine à l'aide de l'hystéromètre.

Puis on introduit la canule et l'on injecte un ou deux centimètres cubes de solution à 1 ou 2/100e. On pousse lentement le liquide de façon à éviter des contractions utérines brutales, en surveillant attentivement l'issue dans le vagin par l'orifice cervical des premières gouttes injectées.

C'est là une précaution indispensable. La conduite à tenir est d'injecter tout doucement et de s'assurer du libre reflux du liquide de peur d'en pousser une certaine quantité à travers les trompes jusque dans le péritoine, et de provoquer ainsi une mort subite possible.

C'est pourquoi, sur les conseils de M. Douay, chef des travaux opératoires à la clinique gynécologique, nous avions primitivement recours au procédé suivant : instillation préalable à l'aide de la même instrumentation de deux centimètres cubes d'un liquide inoffensif stérilisé. La novocaïne avait été choisie pour ses propriétés anesthésiques, celles-ci n'intervenant qu'à titre secondaire. Le rôle principal de la novocaïne était de démontrer la perméabilité du canal cervical au retour du liquide.

Pendant les six premiers mois de l'expérimentation, une grosse majorité des malades reçut, lors du premier pansement, une instillation antérieure de novocaïne. Depuis, nous avons été surpris, en consultant la littérature américaine, d'y voir relatée l'incompatibilité du Mercurochrome 220 avec les anesthésiques locaux, cocaïne, syncaïne, novocaïne (Incompatibilité du Mercurochrome 220 avec les anesthésiques locaux et les Alcaloïdes. J.A.M.A., 180, page 1.091). Cette communication nous incita à rechercher si la solution de Mercuréry-throsine présentait une incompatibilité analogue avec la novocaïne. Les deux produits furent mélangés à parties égales : on constata dans le tube la production d'un précipité.

A la suite de cette expérience, nous abandonnâmes la novocaïne et décidâmes d'injecter directement notre solution. Nous pensions, en effet, qu'à la condition de surveiller attentivement la technique et de n'injecter qu'un volume minime de liquide (un ou deux centimètres cubes au maximum), les chances de l'amener au contact du péritoine devenaient problématiques. Enfin et surtout, nous nous basions sur la non-causticité de l'antiseptique, déjà démontrée expérimentalement. Pas le moindre incident ne survint.

On le voit, l'instillation est une méthode aisément praticable et sans danger, à condition d'injecter très lentement et peu. Nous l'avons utilisée chez nos malades deux et trois fois par semaine, sans inconvénients graves, et avec des résultats autrement favorables que ceux de l'attouchement seul.

Elle permet, en effet, à un antiseptique extrêmement diffusible, d'atteindre les microbes dans leur repaire, replis muqueux, cryptes et glandes intra-cervicales.

Du reste, l'instillation ne va guère sans attouchement, puisqu'elle est pratiquement toujours suivie d'un badigeonnage du col, avec un tampon imbibé de Mercurérythrosine, qu'on laisse dans le vagin pendant vingt-quatre heures.

En résumé, dans toutes les formes de métrites, on emploiera les instillations de solution à 1/100e ou à 2/100e, celle-ci de préférence, et sans l'adjonction d'anesthésiques locaux, ni de substances grasses antiseptiques, huile goménolée par exemple, dans le but de combattre l'irritation. Nous avons vu, dans un chapitre précédent, le cas de trois malades, chez qui des applications d'huile goménolée ont provoqué, après attouchement ou instillation, une réaction inflammatoire par un mécanisme inconnu.

Anesthésiques, huile goménolée, sont, du reste, précautions superflues ; le traitement est, dans la presque totalité des cas, entièrement indolore et admirablement supporté.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous allons publier dans ce chapitre quarante observations de malades, présentant diverses formes cliniques de métrite, nettement améliorées ou définitivement guéries par des applications locales de Mercurérythrosine.

Quinze d'entre elles sont dues à l'obligeance de Mme Pouchet-Souffland et de M. le docteur Mossé.

Vingt-cinq ont été choisies par nous, dans le service de M. le Professeur J.-L. Faure, à l'hôpital Broca. Il s'agit de malades confiées directement à nos soins ou traitées par le personnel médical de la consultation du service.

Les premières observations datent du mois de décembre 1924, époque où la solution de Mercurérythrosine fut confiée à Mme Pouchet-Souffland. Les dernières datent du mois de décembre 1925.

Notre expérimentation a duré par conséquent une année. Grâce aux résultats satisfaisants obtenus, la thérapeutique est poursuivie à l'heure actuelle dans le service gynécologique de l'hôpital Broca.

Il nous a été donné d'expérimenter, concurremment avec le Mercurérythrosine, produit iodé, le Mercurochrome 220 de Young, produit bromé. Nous l'avons utilisé par les mêmes méthodes, sur dix-sept malades. Des deux côtés, la tolérance est la même. Par contre, les résultats semblent bien avoir été plus satisfaisants et plus rapides avec la solution iodée, bien qu'il soit très difficile de baser des comparaisons exactes sur des cas de métrite forcément dissemblables.

Toutes les observations citées dans ce chapitre concernent le *Mercurérythrosine, sel iodé.*

OBSERVATION N° 1.

(Date du 1er examen : 10 décembre 1924.)

Mme G..., 40 ans (Métrite chronique du col). — A été opérée en novembre 1920 pour kystes végétants bilatéraux des ovaires. On a pratiqué une hystérectomie subtotale.

La malade est atteinte depuis quatre mois d'une leucorrhée abondante, épaisse, de couleur verdâtre.

Elle se plaint d'une douleur continuelle localisée dans le bas-ventre et s'irradiant dans les cuisses. Elle a de fréquentes envies d'uriner et des brûlures à la miction.

Elle s'est soignée avec des injections antiseptiques sans résultat.

A l'examen, on trouve un col plutôt atrophié, présentant de multiples érosions au pourtour de l'orifice. Le cul de sac vaginal postérieur est rempli de muco-pus.

On trouve de nombreux gonocoques dans les sécrétions.

Début du traitement : le 10 décembre 1924.

1° Le 10 déc. 1924, on fait un attouchement avec la solution à 1/100.
2° Le 13 — — —
3° Le 20 — — —
4° Le 24 — — —
5° Le 27 — — —

A cette date, l'écoulement purulent a diminué ; il est moins épais et moins jaunâtre.

6° Le 30 décembre 1924, on pratique un sixième attouchement du col.
7° Le 3 janvier 1925, un attouchement.
8° Le 7 janvier 1925, —
9° Le 10 janvier 1925, —
10° Le 14 janvier 1925, —

Les pertes ont cessé complètement.

La malade est revue le 21 janvier 1925. Les symptômes de cystite ont disparu ; il n'y a plus d'écoulement purulent.

On abandonne le traitement.

La malade revient dans le service le 19 février, à l'examen de contrôle, guérie.

OBSERVATION N° 2.

(Date du 1er examen : le 10 décembre 1924.)

Mme P..., 27 ans (Métrite du corps). — Depuis six mois présente des pertes glaireuses, grisâtres, d'abondance variable, mais continuelles. Réglée régulièrement, mais règles douloureuses.

La malade souffre de pesanteur dans le bas-ventre, de lassitude générale.

Au toucher, on sent un utérus mobile, en position indifférente, un col légèrement volumineux. Pas de lésion annexielle appréciable ; les culs de sac sont souples et libres, indolores.

Au spéculum, les lèvres du col sont un peu ectropionnées ; sur le pourtour de la lèvre postérieure, on trouve une longue ulcération en forme de croissant.

La recherche du gonocoque dans les sécrétions intra-cervicales est négative.

1° Le 13 décembre 1924, on pratique une première instillation intra-utérine de 1 cent. cube de solution à 1/100. Il n'y a pas d'accidents.

2° Le 17. — Même traitement ; même tolérance.

3° Le 20. — — —

4° Le 24. — — —

5° Le 27. — — —

6° Le 30. — — —

On constate une grosse amélioration. Pertes moins abondantes et moins purulentes. Col diminué de volume, d'aspect lisse et rosé. L'ulcération de la lèvre postérieure est en voie de cicatrisation.

7° Le 7 janvier 1925, la malade revient dans le service. Elle a interrompu le traitement à cause de ses règles. A la suite de celles-ci, l'écoulement purulent s'est intensifié.

On pratique une instillation.

8° Le 10 janvier 1925, instillation.

9° Le 17 — —

La malade ne perd plus depuis quatre jours. Le col est normal comme volume et coloration. L'ulcération, améliorée, n'a cependant pas tout à fait disparu.

10° Le 21 janvier 1925, on pratique un attouchement. La malade continue à ne plus perdre. Elle cesse le traitement pendant un mois.

Revue le 27 février 1925. — Aucune perte. Dernières règles moins douloureuses. Etat général amélioré.

OBSERVATION N° 3.

(Date du 1er examen : 16 janvier 1925.)

Mme D..., 21 ans. Pas d'enfant. (Métrite catarrhale du corps, datant de 3 ans.) — Métrite du corps soignée depuis février 1922. Pendant huit mois, traitement par des injections de permanganate à 1/2000e, puis pendant un an, la malade fut soignée par la diathermie, la cryothérapie et différents vaccins.

Malgré tout, les pertes continuent à être très abondantes, verdâtres, empesant le linge.

Un examen bactériologique du pus cervical ne permet pas de déceler de gonocoque.

1° Le 16 janvier 1925, on commence le traitement au Mercurérythrosine. On fait une instillation de solution à 1/100. (Deux cent. cubes.)

2° Le 20 janvier 1925. — Même traitement.

3° Le 24 — —

4° Le 27 — —

Déjà l'écoulement semble se tarir. En tout cas, il est moins épais, il a perdu sa coloration verdâtre.

5° Le 31 janvier. — Cinquième instillation. L'amélioration s'accentue.

6° Le 4 février. — Sixième instillation. La malade a cessé de perdre.

7° Le 11 février. — Dernière instillation. La malade est considérée comme guérie. N'est jamais revenue.

OBSERVATION N° 4.

(Date du 1er examen : 16 janvier 1925.)

Mme C... Louise (Grosse métrite chronique, gonococcique, datant de 2 ans). — Se plaint depuis deux ans d'un écoulement vaginal jaunâtre, crémeux, continuel, empesant le linge.

Au toucher, gros utérus en position normale, très gros col. Au spéculum, col congestionné, violacé, orifice entr'ouvert.

La recherche du gonocoque dans le pus est nettement positive.

La malade, depuis 2 ans, se soignait avec des ovules à l'Ichtyol et des injections de permanganate de K.

1° Le 16 janvier 1925, on fait une première instillation intra-utérine de deux cents cubes de solution à 1/100e.

2° Le 20 janvier 1925, deuxième instillation.

A cette époque, la malade affirme avoir constaté déjà une légère amélioration : sécrétions moins abondantes et surtout moins purulentes.

3° Le 23 janvier 1925. — Instillation. (La malade se plaint cinq minutes après le pansement, de quelques petites douleurs dans le bas-ventre.)

4° Le 27 janvier. — Instillation. La malade, de retour chez elle, après le pansement douloureux, du 23, n'a plus souffert.

5° Le 31 janvier. — Instillation.

A cette époque, la malade ne perd plus. Le col est nettement diminué de volume, d'aspect rosé.

6° Le 4 février 1925, sixième instillation. Plus de pertes.

7° Le 11 février 1925, septième instillation. La malade est considérée comme guérie et mise au repos.

Elle continue à ne plus perdre.

Examinée de nouveau le 25 avril 1925. La guérison est confirmée. Plus d'écoulements. A l'examen gynécologique, col petit, complètement cicatrisé. Utérus diminué de volume.

Les deux observations précédentes, N° 3 et N° 4, sont intéressantes du fait de la durée à peu près égale du traitement, chez deux femmes qui ont été soignées de pair. D'excellents résultats ont été obtenus dans les deux cas avec la solution du sel de Sodium de la Diiodohydroxymercurofluorescéine à 1/100e.

OBSERVATION N° 5.

(Date du 1er examen : 15 février 1925.)

Mlle L..., 35 ans. (Métrite du corps, avec petites métrorragies, datant de 2 ans). — Un enfant âgé de 14 ans. Il y a huit ans, a fait une fausse couche de 15 jours.

La malade se plaint depuis deux ans. Elle est surtout incommodée par des pertes continuelles, purulentes, verdâtres, roussâtres, salissant fortement et empesant le linge. Elle est constamment obligée de se garnir.

Dans l'intervalle des règles, présente des pertes rouges, assez abondantes de sang noirâtre et mélangé de pus.

Peu de douleurs dans les lombes, le bas-ventre et les cuisses. Pas de cuisson en urinant.

Ne s'est jamais soignée avant le mois de novembre 1924, où elle a été examinée dans le service. On a diagnostiqué « métrite chronique du corps ». L'examen microscopique du pus n'a pas mis en évidence de gonocoques.

La malade, après cette première visite, a été pansée à l'acide picrique jusqu'en janvier 1925. Elle en a ressenti une légère amélioration, mais dès la cessation du traitement, les pertes ont repris leur caractère d'abondance.

Le 15 février, traitée avec la solution du sel de soude de la Diiodohydroxymercurofluorescéine à 1/100e.

On lui a fait sans grand succès d'ailleurs 24 attouchements, à raison de 2 par semaine.

1° Le 20 mars. On commence une série d'instillations. Entre le 20 et le 25, la malade a ses règles.
2° Le 25 mars. Deuxième instillation.
3° Le 28 mars. Troisème instillation.
4° Le 2 avril. Quatrième instillation.
5° Le 5 avril. Cinquième instillation.
6° Le 8 avril. Sixième instillation.
7° Le 12 avril. Septième instillation.
8° Le 15 avril, huitième instillation.

A cette époque, les pertes ont fini par diminuer. Néanmoins, les métrorragies persistent. On décide de continuer les instillations.

9° Le 18 avril, on pratique la neuvième.
10° Le 22 avril, — dixième.
11° Le 29 avril, — onzième.

Entre le 22 et le 29, apparition des règles. Des instillations sont encore pratiquées le :

12° Le 2 mai.
13° Le 5 —
14° Le 8 —
15° Le 12 —
16° Le 15 —
17° Le 18 —

La malade ne vient pas de onze jours à cause de ses règles.

18° Le 3 juin, dix-huitième instillation.

On cesse le traitement ; la malade est revue le 6 juin. Elle n'a plus de pertes sanglantes. Les pertes blanches sont à peine marquées ; elles consistent en quelques glaires opalescentes le matin.

Malade considérablement améliorée.

OBSERVATION N° 6.

(Date du 1er examen : 24 février 1925.)

Mme D... Victorine, 27 ans. (Grosse métrite post-partum, survenue il y a un an.) — Depuis son accouchement, en 1926, se plaint de douleurs fréquentes dans la région sacro-coccygienne et dans les lombes. Elle est incommodée par une grande lassitude générale. Elle n'a plus de force, mange à peine, a maigri de plusieurs kilogs. Elle présente une leucorrhée tenace : pertes muco-purulentes, parfois striées de sang.

Au toucher, utérus moyen et mobile.

Au spéculum, col fortement augmenté de volume, rouge vif, orifice béant et dilacéré. Cavité cervicale distendue par la sécrétion muco-purulente.

Dans le pus, pas de gonocoque.

1° Le 24 février 1925, on pratique une première instillation de deux centimètres cubes de solution à 1/100e, après injection intra-utérine préalable de novocaïne.

2° Le 2 mars 1925, instillation.

3° Le 5 — —

4° Le 10 — —

A cette époque la malade a ses règles. On supprime le traitement pendant 10 jours.

5° Le 24 mars, cinquième instillation. Diminution des sécrétions.

6° Le 31 mars, instillation. Grosse amélioration.

7° Le 4 avril, —

8° Le 7 avril, —

9° Le 10 avril, — Progrès constants.

Interruption du traitement à cause des règles.

10° Le 21 avril, instillation. Disparition complète des pertes. La malade ne souffre plus ; se sent régénérée. Son état général est très satisfaisant.

11° Le 28 avril, on pratique une dernière instillation.

La malade a été revue le 22 mai 1925, en très bon état.

OBSERVATION N° 7.

(Date du 1er examen : 27 février 1925.)

Mlle F... Raymonde, 23 ans (Métrite aiguë du col et vaginite blennorragique datant d'un mois.) — Pas d'enfant. Pas de fausse couche. — Perd considérablement en blanc depuis un mois. Ecoulement excessi-

vement abondant, sans arrêt, verdâtre et empesant fortement le linge. Violente cuisson en urinant. Parties génitales externes enflammées, siège de brûlures et de démangeaisons. Pas de lésion annexielle.

On trouve du gonocoque en abondance dans les sécrétions cervicales.

1° 27 février 1925. On pratique, après nettoyage des organes génitaux, un badigeonnage avec la solution à 1/100°, suivie d'une instillation de deux cent. cubes.

L'instillation est admirablement tolérée.

2° 2 mars, instillation.
3° 5 mars, —
4° 10 mars, —
5° 15 mars, —
6° 20 mars, —

Sensible amélioration. Les pertes ont perdu leur caractère d'extrême abondance. Les grandes et les petites lèvres, la muqueuse du vagin sont moins enflammées.

La malade cesse le traitement pendant une semaine, à cause de ses règles.

7° 28 mars 1925, une instillation.
8° 2 avril, —
9° 5 avril, —

Dans l'intervalle, la malade a pris des injections quotidiennes d'eau bouillie additionnée de liqueur de Labarraque.

Le tableau clinique est nettement modifié. Ecoulement minime, d'aspect glaireux, sur le pansement vaginal. La cystite a disparu.

10° 9 avril, une instillation.
11° 14 avril, —

La malade cesse le traitement, prend des injections antiseptiques. Non revue.

OBSERVATION N° 8.

(Date du 1er examen : 14 mars 1925.)

Mme L..., 33 ans. (Métrite chronique datant de un an et demi, avec légère salpingo-ovarite droite.) — Mariée, deux enfants. Pas de fausse couche. — Pertes d'abondance moyenne, légèrement fétides. Règles douloureuses. Gros col ulcéré.

A cause de la réaction ovarienne, on décide de pratiquer seulement des badigeonnages du col.

1° 14 mars 1925, un attouchement.
2° 17 — —
3° 20 — —
4° 23 — —
5° 26 — —

A cette époque, grosse amélioration.

6° 29 mars, un attouchement.
7° 2 avril, —
8° 5 avril, —
9° 8 avril, —
10° 12 avril, — La malade a ses règles. On ne fait aucun pansement.

Revue le 15 avril 1925, complètement guérie, après un mois de traitement.

OBSERVATION N° 9.

(Date du 1er examen : 24 mars 1925.)

Mme H..., 25 ans. (Métrite du corps et du col, datant de trois ans, chez une malade atteinte de kyste de l'ovaire droit.) — Pas d'enfant. Soignée depuis trois ans en ville pour métrite rebelle à tout traitement.

Présente des pertes jaunâtres fétides, épaisses, empesant le linge. Pas de cystite. Règles irrégulières et un peu douloureuses.

Au toucher, utérus de volume normal, mobile. Le toucher combiné au palper, permet d'isoler à droite une masse peu douloureuse, résistante, indépendante de la matrice. On diagnostique un kyste de l'ovaire droit.

Le traitement débute par des attouchements pratiqués le :
1° Le 24 mars 1925.
2° Le 27 —
3° Le 30 —

Pas d'amélioration. On décide de pratiquer des instillations.

4° Le 2 avril 1925, première instillation, après injection préalable de novocaïne. Pas d'accidents.
5° Le 5 avril 1925, deuxième instillation.

Amélioration sensible. Arrêt par suite des règles.

6° Le 15 avril 1925, instillation.
7° Le 18 — —

La malade vient régulièrement chaque samedi et chaque mercredi. Des instillations sont ainsi pratiquées :

8° Le 21 avril 1925.
9° Le 24 —
10° Le 27 —
11° Le 30 —
12° Le 3 mai 1925.

Interruption pendant dix jours à cause des règles.

12° Le 13 mai 1925, instillation.
14° Le 16 —

Amélioration.

15° Le 19 mai 1925.
16° Le 22 —
17° Le 27 — Les pertes ont tout à fait cessé.
18° Le 30 —
19° Le 3 juin 1925, dernière instillation.

La malade attend ses règles. On lui dit de revenir à la consultation dès la fin de celles-ci.

Elle a été revue le 12 juin et le 10 juillet 1925, complètement guérie.

OBSERVATION N° 10.

(Date du 1er examen : 1er avril 1925.)

Mme B... Céline, 34 ans (Métrite chronique du corps et du col, gonococcique). Mariée, une petite fille de onze ans et demi — Souffre de métrite depuis deux ans. Leucorrhée jaune, verdâtre, si abondante que la malade doit se garnir. Légère cystite.

Règles irrégulières et douloureuses.

Au toucher, utérus mobile. Culs-de-sac libres.

Au spéculum : gros col, orifice ulcéreux par lequel on voit sourdre du muco-pus épais.

Recherche du gonocoque nettement positive.

La malade a communiqué, il y a quinze jours, à sa petite fille, une vulvo-vaginite.

1° Le 1er avril 1925, première instillation, après novocaïne, bien tolérée.

2° Le 4 avril 1925, instillation.

3° Le 8 — —

Dès la troisième instillation, les pertes ont nettement diminué. La malade ne vient pas de 10 jours, à cause de ses règles.

4° Le 18 avril 1925. Les pertes ont augmenté. Instillation.

5° Le 21 — Instillation.

6° Le 24 — —

7° Le 2 mai 1925. Instillation. Grosse amélioration.

8° Le 6 — —

Arrêt à cause des règles.

On pratique encore deux instillations :

9° Le 14 mai 1925.

10° Le 18 —

La malade est revue le 21 juin après un mois sans traitement. Elle va très bien.

OBSERVATION N° 11.

(Date du 1er examen : 1er avril 1925.)

Mlle B... Yvonne, 11 ans 1/2. (Vulvo-vaginite gonococcique datant de 15 jours.) — La malade est conduite à la consultation par sa mère, atteinte de métrite gonococcique et dont nous avons relaté l'observation (n° 10). Elle présente des pertes abondantes, avec cystite, fréquentes envies d'uriner et brûlures à la miction.

La recherche du gono est franchement positive.

On pratique des attouchements sur les parties génitales externes avec la solution à 1/100e :

1° Le 1er avril 1925.
2° Le 4 —
3° Le 8 —
4° Le 18 —
5° Le 21 —
6° Le 24 —

A cette époque la fillette ne présente plus de perte, aucune douleur ni cuisson. Les muqueuses génitales sont décongestionnées et rosées.

Considérée comme guérie.

OBSERVATIONS n° 12.

(Date du 1er examen : 4 avril 1925.)

Mme C..., 25 ans, mariée. Une fausse couche il y a quatre ans. Un enfant bien portant.

Métrite dont le début remonte à trois ans et demi environ. Pertes jaunes verdâtres épaisses, empesant le linge, continuelles. Pas de métrorragies. Cuissons violentes à la miction. Rapports sexuels douloureux. Douleurs abdominales et lombaires.

Au spéculum : col augmenté de volume, rouge. Orifice entr'ouvert.

Traitée primitivement pendant six mois par des injections vaginales à la liqueur de Labarraque et ovules à l'Ichtyol. Ultérieurement traitement par la diathermie suivi d'amélioration très marquée.

La malade devient alors enceinte et accouche d'un enfants bien portant. Six mois après l'accouchement, réapparition des pertes.

Examinée à Baudelocque où on diagnostique métrite du col et légère rétroversion utérine. Reste un certain temps sans traitement et vient à la consultation de Broca, en janvier 1925. Traitée pendant trois mois sans résultat avec des tampons à l'Ichtyol et à l'Iodéol.

1° Le samedi 4 avril, on fait une première instillation de 1 cent. cube de solution à 1/100e.
2° Le 8 avril, instillation.
3° Le 15 — attouchement du col sans instillation.
4° Le 22 — instillation.
5° Le 29 — —
6° Le 2 mai, instillation.

Interruption d'une semaine à cause des règles.

Autres instillations :

7° Le 12 mai.
8° Le 15 —
9° Le 19 —
10° Le 22 —
11° Le 27 —
12° Le 30 —

13° Le 3 juin.
14° Le 6 —
15° Le 10 —

A cette époque, soit après deux mois de traitement, les pertes ont cessé. Le col a repris son volume et son aspect normal.

Le 6 juillet 1925, la malade est revue et la guérison persiste.

La malade revient en novembre, ne présentant plus aucun signe de métrite.

OBSERVATION N° 13.

(Date du 1er examen : 8 avril 1925.)

Mme C..., 27 ans, mariée, pas d'enfant. (Métrite catarrhale chronique du corps et du col à gonocoque.)

Se plaint depuis 7 mois de leucorrhée abondante. Règles régulières et non douloureuses. Douleurs lombaires et pesanteurs dans le bas-ventre.

Gros utérus en position normale. Très gros col congestionné, violacé, orifice déchiqueté. Sécrétion purulente très adhérente au col.

Dans le pus, on trouve du gonocoque.

Pendant un mois on pratique de simples attouchements :

1° Le 8 avril 1925.
2° Le 12 —
3° Le 15 —
4° Le 18 —
5° Le 21 —
6° Le 24 —

Interruption de huit jours, pendant les règles.

7° Le 2 mai, attouchement.
8° Le 6 — —

Les résultats sont lents; pas de changement notable. On commence une série d'instillations :

9° Le 9 mai 1925.
10° Le 12 —
11° Le 16 —
12° Le 19 — grosse amélioration.
13° Le 22 —

Interruption à cause des règles.

La malade n'est pas revenue dans le service.

Elle est partie nettement améliorée. Il eut été intéressant de voir si les règles avaient amené une recrudescence des pertes.

OBSERVATION N° 14.

(Date du 1er examen : 14 avril 1925.)

Mme T... Alice, 37 ans. (Métrite catarrhale du corps et du col. Légère salpingite).

Soignée depuis le mois de juin 1923 pour salpingite. Repos et glace sur le ventre. Présentait à cette époque quelques pertes muco-purulentes.

Actuellement, pertes glaireuses très abondantes entre les règles.

Celles-ci durent 5 à 6 jours, sont douloureuses. Le sang est noirâtre, mêlé de caillots. Dans l'intervalle des règles, quelques pertes sanglantes ou écoulements muco-purulents striés de rouge.

Gros utérus légèrement rétroversé. Dans le cul-de-sac gauche, la pression réveille une douleur, mais le doigt ne perçoit aucune tuméfaction appréciable

Au spéculum, le col est augmenté de volume et altéré dans son aspect; tout autour de l'orifice on note de petites ulcérations sanguinolentes. La muqueuse, à ce niveau, est dépolie, granuleuse, rouge violacée. La recherche du gonocoque est négative.

1° Le 14 avril 1925, après une instillation préalable de novocaïne, on pratique une instillation de 2 cent. cubes à 1/100e.

2° Le 18 avril, instillation. Pendant 20 minutes, la malade souffre de coliques assez violentes dans le bas-ventre.

3° Le 25 avril, instillation.

La malade n'a plus constaté de petites hémorragies.

4° Le 29 avril, grosse amélioration. Col diminué de volume, de coloration rosée. Orifice moins anfractueux. A la place des ulcérations on voit naître des bourgeons cicatriciels.

5° Le 2 mai 1925, instillation.

6° Le 5 — —

La malade est revue le 21 juin 1925 en parfait état.

OBSERVATION N° 15.

(Date du 1er examen : 18 avril 1925.)

Mme D..., mariée à 18 ans. Pas d'enfant. A fait une fausse couche de 5 mois, à 20 ans.

Un an avant sa fausse couche, présentait déjà des pertes blanches. Celles-ci, toutefois, ne présentaient pas, à cette époque, le caractère purulent qu'elles devaient prendre dans la suite.

Après la fausse-couche, pertes abondantes, jour et nuit. Aucun écoulement de sang dans l'intervalle des règles. Mictions normales et sans cuisson.

Douleurs constantes dans le ventre, les reins et les cuisses gênant la marche. Etat général défectueux. Gros amaigrissement.

Soignée dans les six mois qui ont suivi la fausse couche par des injections au permanganate et des ovules à l'Ichtyol.

La malade a consulté à Broca le 5 octobre 1924. Traitée pendant six mois à la diathermie, avec succès. Cependant il y a eu production de légères métrorragies.

Examen du pus, le 18 avril 1925 : pas de gonocoque.

Au toucher : utérus et annexes normaux.

Au spéculum : col un peu gros, orifice entr'ouvert, dont la lèvre supérieure est éversée.

1° Le 18 avril 1925, première instillation sans incident.
2° Le 22 — deuxième — —
3° Le 25 — troisième — —
4° Le 28 — quatrième — —
5° Le 2 mai, instillation.
6° Le 6 — —

Les métrorragies ont cessé. Les pertes sont taries. La malade se sent mieux et reprend des forces. Le traitement n'est pas poursuivi.

La malade est revue le 12 juin 1925. Col d'aspect normal. Muqueuse lisse et rosée. Orifice linéaire. De temps en temps, quelques glaires transparentes. Malade considérée comme fortement améliorée. Traitée chez elle dans la suite par des injections antiseptiques et des ovules à l'Ichtyol.

OBSERVATION N° 16.

(Date du 1er examen : 22 avril 1925.)

Mme S..., 25 ans, mariée depuis 1923. (Vieille métrite chronique du corps et du col, datant de 7 ans). Ni enfant, ni fausse couche.

Toujours bien réglée. Règles un peu douloureuses pendant les deux premiers jours.

A commencé à souffrir et à perdre à l'âge de 18 ans. Pertes blanches assez abondantes, glaireuses, puis épaisses, verdâtres empesant le linge. Avant le mariage, pas d'autre traitement que des injections hygiéniques.

Après le mariage, apparition de violentes douleurs dans les reins et le bas-ventre.

La malade est seulement allée consulter au début de février 1925. Elle a été traitée par des cautérisations au filhos. Les pertes ont beaucoup diminué, mais les douleurs ont persisté.

En avril 1925, la malade se fait soigner à Broca. On utilise les pansements à l'ichtyol et à l'acide picrique.

Malgré tout, persistance des douleurs et des pertes.

Au toucher, utérus de petit volume mobile et indolore. Col épaissi, orifice perméable.

Au spéculum, col rouge vif, large ulcération sur la lèvre inférieure, recouverte de magma grisâtre, strié de sang.

Pas de gonocoque dans le pus.

1° Le 25 avril 1925, première instillation.
2° Le 29 — deuxième —
3° Le 2 mai 1925 troisième —
4° Le 6 — quatrième —
5° Le 13 — cinquième —

Amélioration, moins de pesanteurs. Les règles entre le 6 et le 13 ont été moins douloureuses. Pertes diminuées de moitié.

6° Le 15 mai 1925, sixième instillation.
7° Le 17 — septième —
8° Le 21 — huitième —
9° Le 24 — neuvième —
10° Le 27 — dixième —

Presque plus de douleurs. Pertes taries. Malade à revoir. Réexaminée le 28 juin 1925. Complètement guérie.

OBSERVATIONS N° 17.

(Date du 1er examen : 25 avril 1925.)

Mme S..., 33 ans. (Métrite catarrhale chronique banale.) Pas d'enfant, pas de fausse couche. Perd depuis l'âge de 14 ans.

Bien réglée; n'a jamais eu de métrorragie.

A souffert, il y a quatre ans, de violentes courbatures lombaires et coliques dans le bas-ventre qui l'ont décidée à venir consulter à l'hôpital Broca.

Elle y a été traitée depuis avril 1920 jusqu'en mai 1921 par des pansements à l'ichtyol. Ceux-ci ont provoqué une sensible diminution des pertes. Amélioration pendant six mois environ.

Six mois plus tard les pertes ont reparu, mais moins abondantes et moins épaisses qu'à la première reprise.

A l'heure actuelle, orifice dilaté. Col renflé, muqueuse livide, ulcérée à deux endroits. Pas de gonocoque dans le pus.

1° Le 25 avril 1925, première instillation, avec la solution à 1/100e.
2° Le 29 avril 1925, deuxième instillation, avec la solution à 1/100e.
3° Le 2 mai 1925, troisième instillation.
La malade ne revient pas entre le 2 et le 15 mai, à cause des règles.
4° Le 15 mai 1925, quatrième instillation.
5° Le 18 —
6° Le 21 —

Malade considérablement améliorée, chez laquelle six instillations et badigeonnages ont amené une cicatrisation des ulcérations cervicales.

Devait être réexaminée. N'a malheureusement pas été revue dans la suite.

OBSERVATION N° 18.

(Date du 1er examen : 28 octobre 1925.)

Mme B..., 38 ans. Pas d'enfant.

Grosse métrite du col. Pertes très abondantes jaunes verdâtres. Large ulcération du col sur la lèvre antérieure, friable et sanguinolente.

Des attouchements avec la solution à 2/100e sont pratiqués.

1° Le 28 octobre 1925.
2° Le 30 —
3° Le 16 novembre 1925.

La malade supporte parfaitement les attouchements. Malheureusement elle vient très irrégulièrement à la consultation.

Attouchements :

4° Le 20 novembre 1925.
5° Le 25 —
6° Le 28 — Les pertes ont diminué.
7° Le 7 décembre 1925
8° Le 11 —
9° Le 14 —
10° Le 18 — Instillation de 2 cent. cubes de solution à 2/100e. La malade tombe en syncope. Etendue sur un lit elle revient à elle au bout de cinq minutes.

Néanmoins, cet accident décide à ne pas renouveler les instillations.

11° Le 21 décembre, attouchement.
12° Le 28 — —
13° Le 9 janvier, attouchement.
14° Le 18 — —

L'ulcération sur la lèvre antérieure du col est entièrement cicatrisée. Les pertes sont presque taries; cependant, au spéculum, on trouve encore quelques gouttes de mucosités glaireuses au niveau de l'orifice du col.

OBSERVATION N° 19.

(Date du 1er examen : 25 novembre 1925.)

Mme T..., 45 ans, 3 enfants vivants.

Bien réglée. Présente des pertes blanches depuis un mois. A l'examen, gros utérus antéfléchi. Très gros col violacé, orifice déchiqueté. Sécrétion muco-purulente moyennement épaisse et abondante, dans laquelle on ne trouve pas de gonocoque.

Instillations avec la solution à 2/100e.

1° 27 novembre 1925.
2° 4 décembre 1925. Plus de pertes blanches.
3° 8 —
4° 11 —
5° 14 —

La guérison semble assurée. Encore quelques glaires, mais muqueuse cervicale lisse et rosée.

6° 18 décembre 1925, dernière instillation. Amélioration persistante. Malade en bon état.

OBSERVATION N° 20.

(Date du 1er examen : 27 novembre 1925.)

Mme D... Marguerite, 26 ans. Un enfant. Souffre depuis deux ou 3 mois de douleurs dans le bas-ventre. Pertes blanches peu abondantes. Pas de gonocoque.

Au toucher, utérus normal. Ovaire droit sensible.

Au spéculum, col légèrement métritique.

1° 27 novembre 1925, première instillation de 2 cent. cubes à 2/100e. Bien supportée.

2° 4 décembre, deuxième instillation et pansement.

Cessation complète des pertes blanches.

Par la suite, pansements à l'ichtyol, le 11 décembre et le 12 janvier.

La malade est revue le 18 janvier 1926. Elle n'a plus eu de pertes, ne souffre plus. Le col a un aspect absolument normal.

OBSERVATION N° 21.

(Date du 1er examen : 1er décembre 1925.)

Mlle B..., 24 ans. — Métrite du corps. Pertes très abondantes, épaisses, purulentes jaunes, verdâtres.

Dans le pus, gonocoque en quantité.

1° 1er décembre, première instillation de 2 cent. cubes à 2/100e.

2° 10 — deuxième — —

3° 17 — troisième — —

4° 20 — quatrième. Forte douleur dans le bas-ventre accompagnée de perte de connaissance.

5° 2 janvier 1926, cinquième instillation.

6° 6 — sixième instillation. Très légère réaction salpingienne à droite.

7° 23 janvier 1926, septième instillation de un centimètre cube de solution à 2/100e.

La malade est considérablement améliorée. Elle est en bon état. Elle ne souffre plus. Présente très peu de pertes.

On ne trouve pas de gonocoque dans les glaires. L'aspect local est excellent.

OBSERVATION N° 22.

(Date du 1er examen : 11 décembre 1925.)

Mme K..., 37 ans. (Métrite hémorragique datant de deux ans.) Vient consulter pour pertes de sang dans l'intervalle des règles. Deux fois par mois métrorragies abondantes. Quelques glaires. Pas de douleur.

Instillations intra-utérines de deux cent. cubes de solution à 2/100e :

1° 11 décembre.
2° 14 —
3° 18 —
4° 21 —

Les pertes de sang ont complètement cessé.

5° 28 décembre, les pertes rouges ont réapparu depuis deux jours. Attouchement, mais la malade ne s'en inquiète pas affirmant qu'il s'agit de ses règles normales.

6° 30 décembre, glaires adhérents au niveau de l'orifice cervical. On pratique un attouchement et on introduit un tampon à l'ichtyol.

8° 18 janvier 1926. La malade revient et affirme n'avoir pas eu de métrorragie. Instillation.

8° 25 janvier 1926, instillation.

La malade a des règles normales du 26 au 29 janvier, non douloureuses.

Examinée depuis, elle ne présente aucun écoulement de sang pathologique. Très bon résultat.

OBSERVATION N° 23.

(Date du 1er examen : 16 décembre 1925.)

Mlle C..., 23 ans. (Forte métrite catarrhale chronique du corps et du col.) — Depuis un an : pertes très abondantes, épaisses, légèrement fétides. Brûlures à la miction, envie fréquentes d'uriner, cystite. Métrite du col et vaginite. Gonocoque dans le pus.

Instillations de 2 cent. cubes de solution à 2/100e :

1° 16 décembre ; bien tolérée.
2° 23 — —
3° 30 — —

Moins de pertes blanches.

4° 8 janvier 1926, instillation et tampons imbibés à demeure.
5° 12 — — —

Les pertes, encore abondantes, sont moins épaisses et plus glaireuses.

Instillations :

6° 17 janvier.
7° 23 —
8° 29 —

La malade ne perd plus. N'est jamais revenue à la consultation.

OBSERVATION N° 24.

(Date du 1er examen : 18 décembre 1925.)

Mme C... Louise, 38 ans. — Depuis un mois se plaint de douleurs continuelles dans la région lombaire et dans le bas-ventre. Elle est incommodée par quelques légères pertes blanches glaireuses.

Bien réglée depuis l'âge de 16 ans, chaque mois et sans douleur.

Au toucher : utérus mobile, de volume normal, légèrement antifléchi.

Au spéculum : col cônique, non ulcéré. Petit orifice bordé d'une lisière rougeâtre et par lequel s'échappe une grosse goutte de sérosité glaireuse.

Pas de gonocoque à l'examen microscopique.

On pratique des instillations intra-cervicales de deux centimètres cubes de solution à 2/100e :

1° 18 décembre, première instillation, admirablement tolérée.
2° 21 — deuxième — —
3° 24 — troisième — —

Grosse amélioration. Les glaires ont tout à fait disparu.

4° 27 décembre, instillation.
5° 29 — —

Malade revue le 8 janvier, en très bon état. Ne souffre plus. Guérison complète.

OBSERVATION N° 25.

(Date du 1er examen : 11 janvier 1926.)

Mlle V., 16 ans. (Métrites du corps et du col, à gonocoque. Végétations vaginales et vulvaires.) — Hospitalisée dans le service de médecine de l'hôpital Broca pour végétations de la muqueuse vaginale et vulvaire datant de six mois.

La malade présente une forte métrite d'origine blennorragique remontant à un an environ.

Elle a une leucorrhée abondante, continuelle, de pus verdâtre, qui a provoqué un érythème des petites et des grandes lèvres et de la face interne des cuisses.

Le col est gros, rouge, porteur de deux ulcérations larges. Orifice béant obturé d'un gros bouchon muco-purulent.

Envies fréquentes d'uriner; brûlures à la miction. Utérus mobile et non douloureux. Pas de lésion annexielle. En outre, nombreuses végétations sur la muqueuse vaginale et des parties génitales externes. La malade a été curettée à deux reprises, mais sans succès. Les végétations ont repoussé rapidement, malgré les injections de liquides antiseptiques en vue de combattre la métrite et le flot purulent.

Dans le pus, l'examen microscopique met en évidence de nombreux gonocoques.

La malade est traitée pendant un mois avec des instillations et pansements de solution à 2/100e :

1° 11 janvier 1926 : première instillation.
2° 15 — seconde —
3° 18 — troisième —
4° 21 — quatrième —
5° 24 — cinquième —
6° 27 — sixième —
7° 30 — septième —
8° 2 février 1926 : huitième —
9° 5 — neuvième —
10° 8 — dixième —

On obtient, au bout de 10 instillations, un excellent résultat. Les pertes sont réduites à l'état de quelques filaments glaireux et clairs sur les pansements retirés au bout de 24 heures. Dans l'intervalle, pas d'écoulement. La malade n'est plus obligée de se garnir.

L'erythème vulvaire et périnéal a disparu. Cette malade va être incessamment traitée de ses végétations, par curettage.

OBSERVATION N° 26. (Mme Pouchet-Souffland).

Mme B..., 34 ans. — Présente une métrite avec ulcération du col. Pertes abondantes jaunes, verdâtres, très épaisses.

A l'examen microscopique on constate la présence de gonocoques.

La malade est enceinte de trois mois.

On pratique 4 attouchements du col, 3 injections intra-cervicales, 8 attouchements du col.

Guérison de l'ulcération. Disparition des pertes blanches. Continuation normale de la grossesse.

Après trois mois, pas de récidive.

OBSERVATION N° 27. (Mme Pouchet-Souffland).

Mme M..., 37 ans. — Métrite du corps et du col avec salpingite bilatérale. Pertes abondantes, légèrement sanguinolentes.

Règles irrégulières, longues et douloureuses.

Après 10 tamponnements et 4 instillations avec la solution à 1/100e, guérison.

On traite en même temps la salpingite par les rayons ultra-violets, qui paraissent avoir nettement soulagé la malade.

Pas de récidive depuis deux mois.

OBSERVATION N° 28. (Mme Pouchet-Souffland).

Mme P..., 26 ans. — Présente sur le col des ulcérations de métrite. Pertes à odeur fétide. Règles douloureuses.

4 instillations, 12 tamponnements.

Au bout de ce traitement, les règles ne sont plus douloureuses. Il y a cessation des pertes fétides. La cicatrisation du col est complète, la muqueuse en bon état.

OBSERVATION N° 29. (M^me^ Pouchet-Souffland).

M^lle^ S..., 35 ans. — Souffre depuis un an de métrite du corps et du col. Pertes blanches abondantes, purulentes et d'odeur fétide, dans lesquelles on trouve de nombreux gonocoques.

Après 6 injections intra-cervicales de 1 cm3 de solution à 1/100^e^, praquées à une semaine d'intervalle, on obtient une forte amélioration. Les pertes ont presque disparu ; elles sont plus claires et n'ont plus d'odeur. La muqueuse, qui était congestionnée, est redevenue normale.

Après neuf mois, il n'y a eu aucune aggravation. Malade considérée comme guérie.

OBSERVATION N° 30. (M^me^ Pouchet-Souffland).

M^me^ P..., 37 ans, 2 enfants. — Pertes abondantes. Col augmenté de volume, déformé, présentant trois ou quatre ulcérations.

Règles particulièrement abondantes et douloureuses.

Légère réaction salpingo-appendiculaire à droite.

Après 8 attouchements et tamponnements et 6 injections intra-cervicales de solution à 1/100^e^, on constate la guérison des ulcérations. En même temps les pertes ont perdu leurs caractères d'abondance et de purulence.

La salpingite légère a été traitée aux rayons ultra-violets.

La malade, réexaminée 2 mois plus tard, ne présente plus de signes de métrite.

OBSERVATION N° 31. (M^me^ Pouchet-Souffland).

M^lle^ S..., 5 ans. — Présente une vulvo-vaginite des petites filles à gonocoque, comme le démontre l'examen du pus au microscope.

On a obtenu une guérison parfaite après 12 badigeonnages du vagin et des parties génitales externes, à l'aide d'un tampon monté imbibé de solution à 1/2 pour cent.

OBSERVATION N° 32. (M^me^ Pouchet-Souffland).

M^lle^ C..., 4 ans. — Présente depuis une semaine une vulvo-vaginite des petites filles. *On a trouvé du gonocoque dans le pus.*

On pratique pendant trois semaines consécutives 9 instillations vaginales de solution diluée au 1/2.

On obtient la cessation complète des pertes.

OBSERVATION N° 33.

Mlle T..., 6 ans. — Vulvo-vaginite blennorragique ayant débuté il y a dix jours. Ecoulements purulents verdâtres où on trouve du gonocoque. Inflammation douloureuse de la muqueuse vaginale et vulvaire; brûlures et vives démangeaisons.

Tous les symptômes disparaissent après onze instillations vaginales, accompagnées de badigeonnages externes avec la solution à 1/100e.

OBSERVATION N° 34. (Mme Pouchet-Souffland).

Mlle M..., 4 ans. — Vulvo-vaginite typique. *Pus à gonocoque.*

On pratique, deux fois par semaine, 10 instillations vaginales avec la solution à 1/100e dédoublée.

Guérison complète. Aucune récidive.

OBSERVATION N° 35. (Mme Pouchet-Souffland).

Mme M..., 28 ans, mariée, mère de la précédente. — Présente une forte métrite du col, avec pertes abondantes, purulentes, *où l'on trouve du gonocoque.*

On pratique 8 tamponnements et attouchements, 3 instillations intracervicales.

La guérison est presque complète.

Sept mois plus tard, examen de contrôle. Sans autre traitement dans l'intervalle, il n'y a jamais eu de nouvelles pertes blanches. Guérison parfaite.

OBSERVATION N° 36. (M. le docteur Mossé).

Mme C..., 28 ans, pas d'enfant. — Grosse métrite du col, probablement gonococcique. Pertes très abondantes, jaunes, verdâtres. Large ulcération du col, saignant facilement.

On commence par faire deux applications de filhos, sans résultat appréciable.

1° Le 16 mars 1925 on fait un attouchement et un pansement sur porte-coton de la cavité cervicale.

2° Le 20 mars 1925, on fait un attouchement et un pansement sur porte-coton de la cavité cervicale.

3° Le 23 mars 1925, on constate une amélioration très sensible de l'ulcération. Pertes encore très abondantes.

4° Le 27 mars 1925 : instillation intracervicale.

5° Le 30 — —

6° Le 6 avril 1925 : instillation intracervicale.

L'ulcération est cicatrisée, le col décongestionné, les pertes moins abondantes et plus claires.

7° Le 10 avril 1925 : instillation.
8° Le 15 — —

La malade est très bien, ne souffre plus, ne perd presque plus et peut travailler sans fatigue.

OBSERVATION N° 37. (M. le docteur Mossé).

Mme D..., 32 ans. — Métrite du col consécutive à une fausse-couche qui a été curettée. Pertes blanches épaisses et adhérentes; ulcération suintante.

1° Le 18 mars 1925, un attouchement.
2° Le 20 — —
4° Le 23 — instillation intra-cervicale de 1 cm3 à 1/100e.
4° Le 27 — — —
5° Le 30 — — — Amélioration.
6° Le 6 avril 1925 — —
7° Le 10 — — —

Les pertes, presque complètement taries, sont plus claires. Ulcération cicatrisée.

Malade revue le 20 avril 1925. Guérie.

OBSERVATION N° 38. (M. le docteur Mossé).

Mme B..., 30 ans. — Métrite du col rebelle. Pertes très abondantes. Col énorme, très ulcéré. Prolapsus utéro-vaginal du 2e degré.

On a appliqué trois cautérisations au néo-filhos. Le col a diminué de volume, mais il y a eu plusieurs petites hémorragies et les pertes blanches restent aussi abondantes.

1° Le 11 mars 1925 : tamponnement cervico-vaginal avec la solution à 1/100e.
2° Le 13 mars 1925 : tamponnement cervico-vaginal avec la solution à 1/100e.
3° Le 16 mars 1925 : injection intra-utérine et pansement vaginal.
4° Le 18 — — —
5° Le 20 — — —

Mieux évident. Moins de pertes. Ulcération du col en voie de cicatrisation. Presque plus de douleurs.

On pratique d'autres instillations et tamponnements :
6° Le 23 mars.
7° Le 6 avril.
8° Le 10 —
9° Le 15 —

Col d'apparence normale. Pertes rares, blanchâtres et filantes.

Malade revue en bon état le 16 août 1925.

OBSERVATION N° 39. (M. le docteur Mossé).

Mme C..., 27 ans. — Crise de salpingite aiguë, il y a trois mois. Soignée par la glace et le repos.

Actuellement, cul-de-sac droit souple. A gauche, il persiste un certain degré de douleur et d'empâtement. Métrite chronique avec pertes blanches abondantes, col gros et ulcéré.

1° Le 16 mars 1925, instillation de 1 cent.3 à 1/100e, dans le col, après légère dilatation.

2° Le 20 mars 1925, instillation.

3° Le 25 — —

4° Le 1er avril 1925, instillation. Légère amélioration.

5° Le 6 — instillation intra-utérine.

6° Le 10 — —

7° Le 15 — —

8° Le 17 — —

9° Le 20 — —

Etat général amélioré. Ulcération complètement cicatrisée. Peu de pertes.

La malade est revue le 15 juin 1925. L'amélioration reste la même. Aucune nouvelle crise de salpingite à signaler.

OBSERVATION N° 40. (M. le docteur Mossé).

Mme J..., 32 ans. — Pertes purulentes. Règles très douloureuses. Col rouge, énorme, parsemé d'œufs de Naboth, présentant une large ulcération à bords déchiquetés.

Pertes très abondantes, épaisses et adhérentes. Corps utérin gros et dur. Rien aux annexes.

Deux appications de filhos restent sans succès.

1° Le 16 mars 1925, attouchement et pansement vaginal avec la solution à 1/100e.

2° Le 20 mars 1925, attouchement et pansement vaginal avec la solution à 1/100e. Etat stationnaire.

3° Le 25 mars 1925, instillation intra-utérine.

4° Le 30 — —

Les règles qui reviennent sont moins douloureuses.

5° Le 7 avril 1925, instillations. Mieux appréciable. Col moins rouge, ulcération plus petite. Les pertes, encore abondantes, sont moins épaisses, glaireuses et non plus crémeuses.

6° Le 10 avril 1925, instillation.

7° Le 15 — —

8° Le 20 — —

Bon état. Pertes insignifiantes. Aspect local excellent. Plus de douleur.

La malade est revue le 6 février 1926. Bon état général et local. Grossesse datant de 3 mois.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

1° Il résulte, des études précédentes, que nous possédons dans le Mercurérythrosine, un nouvel antiseptique précieux, dont les principales qualités sont les suivantes :

a) Pouvoir bactéricide puissant.

b) Toxicité nulle, lorsqu'il est employé suivant les méthodes décrites, attouchements, instillations.

c) Diffusibilité et pénétration très marquées.

d) Elimination très rapide.

2° Ce nouveau médicament rend, nous l'avons vu, de grands services dans le traitement des métrites. A côté de cas de guérison complète, nous avons observé chez la majorité des malades, une amélioration sensible des symptômes rebelles à toute autre thérapeutique.

3° Son emploi est à la portée de tout praticien. Il est pratiquement sans danger et ne s'accompagne jamais des inconvénients (métrorragies, réactions salpingiennes, sténose du col), qui sont souvent la contre-indication des agents antiseptiques caustiques.

4° Il marque un progrès sensible sur le Mercurochrome 220 des Américains, grâce à la substitution de l'iode au brome, l'iode étant, comme on le sait, un antiseptique dont les preuves ne sont plus à faire, et dont les qualités bactéricides sont autrement puissantes que celles du brome.

5° Sans vouloir faire du Mercurérythrosine, une panacée dans le traitement des métrites, on doit conclure que le nouveau médicament tient déjà une place honorable dans la liste des antiseptiques génitaux. Le Mercurérythrosine paraît appelé à rendre des services quotidiens dans la thérapeutique gynécologique et spécialement antigonococcique où ses jeunes succès autorisent d'encourageants espoirs.

Vu : *Le Président de la Thèse,* J.-L. FAURE.

Vu : *Le Doyen,* ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris, P. LAPIE.

CHAPITRE VI

BIBLIOGRAPHIE

YOUNG et HILL. — Traitement de la septicémie et des infections locales par le Mercurochrome 220 soluble et par le violet de gentiane. (*The Journal of the Medical Association Chicago.* Volume LXXXII, N° 9, 1er *Mars* 1924.)

YOUNG et WHITE. — A new germicide for use in the genito-urinary

YOUNG et WHITE. — A new germinicide for use in the genito-urinary tract. — Mercurochrome 220. (J. A. M. A., (T. 3) 1483, 15 novembre 1919.)

REDERVIL et POTTER. — Le Mercurochrome 220 soluble dans les affections génito-urinaires. (*The Journal of the American Medical Association, Chicago.* Volume LXXXIV, N° 25. — 20 juin 1925.)

H. H. YOUNG. — Le traitement de la septicémie par les injections intraveineuses de Mercurochrome. (*Bulletin médical* du 25 juillet 1925, N° 30.)

YOUNG. — La cure d'une infection rétropéritonéale et périnéphrétique (abcès) par l'injection intraveineuse de Mercurochrome (*Johns Hopkins Hospital Bulletin,* 1924, XXXV, 14-16.)

YOUNG AND BIRKHANG. — Traitement d'une scarlatine compliquée d'érysipèle et de septicémie streptococcique par les injections intraveineuses de Mercurochrome 220 soluble. (*Journal of the American Medical Association,* 1924. LXXXIII, 492-494.)

YOUNG-SCOTT AND HILL. — L'emploi du Mercurochrome par la bouche comme antiseptique urinaire et intestinal. (*Journal of Urology,* 1924, XII, 237-242.)

H. H. YOUNG. — Le traitement des infections (générales, locales et urinaires) par les injections intraveineuses de Mercurochrome. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics,* 1925, XL, 97-104.)

A. WHITMAN. — Le traitement de 10 cas de gonorrhée chronique par le Mercurochrome 220 en injection intraveineuse. (*The Journal A.M.A.,* 14 juin 1924.)

ROBERT CLÉMENT. — Le Mercurochrome intraveineux. (*Presse Médicale* du 11 Février 1925). — Incompatibilités du Mercurochrome avec les anesthésiques locaux. (*The Journal A.M.A.,* 1091). — Action des solutions fortes du Mercurochrome sur les infections gonococciques récentes (J.A.M.A. 530.) — Caution in use of Mercurochrome (J.A.M.A. 80, N° 14, 1023-1261)

LEWIN et POUCHET. — La Fluorescéine (*Traité de Toxicologie,* pages 541 et suivantes.)

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
Chap. I.	— Introduction et généralités	13
Chap. II.	— Formule et composition	18
—	Étude de la toxicité	18
Chap. III.	— Emploi local du mercurérythrosine dans le traitement des métrites	27
Chap. IV.	— Observations	34
Chap. V.	— Conclusions	57
Chap. VI.	— Bibliographie	59